

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Augenoptiker-IK	VK gültig bis	Datum

## Berechtigungsschein

Anspruch besteht nur, wenn eine Mitgliedschaft besteht und die Versicherungskarte vorgelegt wird.

### Rechnungsnummer

### Belegnummer

- Unfall/Unfallfolgen   
  Arbeitsunfall   
  Versorgungsleiden

### I. Erklärung des Augenoptikers:

Die Prüfung der Sehschärfe ergab  eine Veränderung von mindestens 0,5 dpt  
 oder  eine Verbesserung von mindestens 0,2 LogMAR (2 Visus-Stufen)

- Aufgrund der Augenglasbestimmung ist/sind  
 \_\_\_\_\_ Glas/Gläser    \_\_\_\_\_ Kontaktlinse(n)  
 erforderlich
- Folgeversorgung wegen Verschleiß/Verlust  
 (keine Sehstärkenänderung)  
 \_\_\_\_\_ Glas/Gläser    \_\_\_\_\_ Kontaktlinse(n)

Kontaktlinse(n):

- Nachlieferung innerhalb von 6 Monaten   
  Kontrolle und Aufarbeiten bzw. Intensivreinigung  
 der Kontaktlinse(n)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

								Kostenabrechnung des Augenoptikers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel- abstand	7-/10-stellige Hilfsmittel- positionsnummer	Faktor	Betrag EUR
<b>F</b>	R									
	L									
<b>N</b>	R									
	L									
Stempel des Augenoptikers					Datum/Unterschrift des Augenoptikermeisters			Rechnungsbetrag		

### II. Erklärung und Empfangsbestätigung des Versicherten:

Ich bin bei der benannten Krankenkasse versichert und habe meine Versichertenkarte vorgelegt.

Brillenglasbestimmung durchgeführt  ja  nein    \_\_\_\_\_ Glas/Gläser    \_\_\_\_\_ Kontaktlinse(n)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten